

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT
de la
PHLEGMATIA ALBA DOLENS
PUERPÉRALE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

(Médecine)

PAR

KOLTOUNSKI Abram

Né le 28 Juin 1883, à Vlotzlavsk (Russie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HOCHÉ	professeur . .	Président.
		HERRGOTT	professeur . .	Juges.
		ZILGIEN	agrégé libre . .	
		FRUINHOLZ	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1911

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

de la

PHLEGMATIA ALBA DOLENS

PUERPÉRALE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

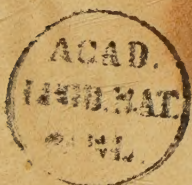
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

(Médecine)

PAR

KOLTOUNSKI Abram

Né le 28 Juin 1883, à Vlotzlavsk (Russie)



Examineurs de la Thèse :

MM. HOCHÉ	professeur . .	Président.
HERRGOTT	professeur . .	
ZILGIEN	agrégé libre . .	Juges.
FRUHINSHOLZ	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1911

UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTE DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O , I .

Assesseur : M. WEISS, , I .

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, , I ; NICOLAS, I ; PRENANT, , I 
BERNHEIM, O , I .

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	GROSS, O  , I  .
Physique médicale	CHARPENTIER,  , I  .
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I  .
Clinique chirurgicale	WEISS,  , I  .
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I  .
Clinique médicale	SPILLMANN, I  .
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT,  , I  .
Hygiène	MACÉ, I  .
Clinique médicale	SCHMITT, I  .
Physiologie	MEYER,  , I  .
Pathologie gén. et Pathologie interne	SIMON, I  .
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I  .
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I  .
Médecine légale	PARISOT, I  .
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I  .
Histologie	BOUIN, I  .
Anatomie descriptive	ANCEL, A  .
Anatomie pathologique	HOCHÉ, I  .

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ,  , I  .
Pathologie externe	VAUTRIN, I  .

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards	ETIENNE, I  , agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, A  , agrégé libre.
Accouchements	SCHUHL, I  , agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1)	FRÉLICH, I  , id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I  , id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I  , id.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I  .
Cours de médecine opératoire	MICHEL, I  , agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale	ZILGIEN, I  , id.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ,  , I  .	MM. COLLIN, A  .	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I  .	DUFOUR, A  .	LUCIEN, A  .
RICHON, A  .	SENCERT, A  .	BINET.
G. GROSS, A  .	ROBERT, A  .	PERRIN, A  .
FRUHINSHOLZ, A  .		

Agrégés libres

MM. REMY, A , FÉVRIER, O , I , ETIENNE, I , ZILGIEN, I ,
FRÉLICH, I , SCHUHL, I , JACQUES, I , ANDRÉ, I , MICHEL, I ,
L. SPILLMANN, A .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, , , I , Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES PARENTS

*Faible témoignage de profonde reconnaissance
et de filial amour.*

A MON FRÈRE

Gage d'amitié.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HOCHÉ

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MES AMIS

PRÉFACE

A la veille de terminer nos études, il nous est un devoir agréable à remplir ; remercier tous ceux qui nous ont permis de les mener jusqu'au bout.

Notre première pensée se porte naturellement vers nos chers parents, qui ont bien voulu s'imposer tant de sacrifices pour nous fournir le moyen de poursuivre nos longues années d'études. Nous les remercions très affectueusement et nous souhaitons que le hasard, cette providence de ceux qui ne sont pas des génies, nous fournisse l'occasion de leur prouver notre profonde reconnaissance.

M. le professeur Hoche nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, il nous initia à l'anatomie pathologique, cet aide et complément indispensables de la clinique, cette base du diagnostic et du pronostic ; nous le prions de croire à toute notre respectueuse gratitude.

Nous avons suivi avec le plus vif intérêt les cliniques de M. le professeur Herrgott, qui nous initia à l'art des

accouchements. Nous étions toujours attentif à ses conférences si vivantes, à ses conversations si remplies d'humour. Il a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse. Qu'il daigne agréer avec nos remerciements, notre respectueux souvenir.

Notre reconnaissance ira également à MM. les professeurs agrégés Fruhinholz et Zilgien qui ont bien voulu faire partie de notre jury. Qu'ils acceptent ici tous nos remerciements.

Nous prions bien humblement MM. les professeurs Bernheim, F. Gross, Weiss, P. Spillmann, Schmitt, Parisot, Haushalter, Rohmer, Frœlich, L. Spillmann, André, chez qui nous fîmes successivement nos stages hospitaliers, de recevoir nos sincères remerciements.

Nous n'oublierons pas tous nos maîtres de cours, de laboratoires et de cliniques qui ne nous ont pas ménagé les enseignements de leur haute expérience et à qui nous sommes redevable de notre instruction et de notre éducation médicales.

Je ne veux pas terminer, sans adresser à M. des Cilleuls, secrétaire de la Faculté, nos remerciements pour la courtoise amabilité dont il fit toujours preuve à notre égard.

Enfin, nous conserverons bon souvenir de notre ami Morlot, qui nous a toujours témoigné sa sympathie.

Au moment de quitter la France, nous devons, avec regret, nous éloigner de tous nos camarades de la Faculté, qui nous ont fait oublier, durant notre séjour

dans ce beau et noble pays, notre éloignement et notre isolement. Nous tenons à affirmer ici que leur bon accueil et leur franche camaraderie demeureront vivaces dans notre souvenir.

INTRODUCTION

Dans ces dernières années, la prophylaxie et le traitement de la phlegmatia alba dolens ont été considérablement améliorés, par plusieurs ouvrages consciencieux qui ont vivement intéressé les médecins. Parmi ces ouvrages, figure le traitement curatif et surtout préventif de cette infection puerpérale par l'opothérapie et par la déchloruration.

En choisissant la *Prophylaxie et le Traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale* pour faire le sujet de notre thèse inaugurale, nous avons en vue de les étudier afin de rédiger un traitement complet, répondant aux derniers perfectionnements de l'art médical.

En décrivant en quelques mots l'historique du traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale, nous étudions tout d'abord les moyens préventifs nécessaires à employer après la délivrance, et ensuite l'opothérapie comme un traitement curatif et surtout préventif de cette affection.

Après, nous nous occupons du traitement qui est en

usage dans toutes les cliniques et qui sert de guide pour tous les médecins actuels.

A la fin de notre travail, nous nous arrêtons un peu plus longtemps sur le traitement par le sérum de Marmorek et le traitement par la déchloruration, qui a donné quelques cas de guérison ; enfin le traitement récent des complications de la phlegmatia par la mobilisation et le massage termine notre modeste ouvrage.

Nous divisons donc notre sujet en chapitres suivants :

Dans le I^{er} chapitre : *Historique*.

Nous indiquons le traitement employé jadis et ses principaux inconvénients.

Dans le II^e chapitre : *Prophylaxie*.

Nous nous occupons des moyens préventifs employés pendant les suites de couches et du traitement préventif par l'opothérapie.

Dans le III^e chapitre : *Traitement*.

Nous étudions les moyens curatifs tels qu'ils doivent être appliqués à chaque femme atteinte de phlegmatia alba dolens puerpérale, et les traitements par la déchloruration, sérum antistreptococcique, mobilisation et massage.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Le traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale, employé par nos anciens maîtres, était purement antiphlogistique. Pour combattre l'inflammation veineuse on usait de la saignée par plusieurs reprises. On soustrayait de cette manière une notable quantité de globules chez des femmes déjà anémiées, en augmentant ainsi l'hydrémie, puisque la masse liquide se reformait immédiatement aux dépens des liquides des tissus. On contribuait ainsi à l'altération du sang, on favorisait l'une des causes adjuvantes de la thrombose. Plusieurs médecins anglais et allemands préconisaient les vésicatoires volants comme le moyen le plus efficace dans cette maladie, mais ces médicaments exaspéraient la douleur, exposaient la femme à des accidents de cystite, à d'interminables suppurations, voir même au sphacèle.

Puzos, qui ne voyait dans cette maladie que du lait

détourné de ses voies ordinaires, eut recours exclusivement à la médication évacuante, afin de procurer la sortie des matières déviées. La saignée du bras, faite à plusieurs reprises, était, selon lui, le moyen merveilleux dans tous les cas indistinctement. Mais pour évacuer le lait par plusieurs voies à la fois, il entretenait la liberté du ventre par les purgatifs, il cherchait en même temps à augmenter la transpiration par les diaphorétiques et en tenant les malades très chaudement. A l'extérieur, il prescrivait des applications de cataplasmes faites avec la décoction de plantes émollientes et résolutives, des fomentations, et l'application de flanelles trempées dans ces mêmes décoctions animées avec un peu de vin ou de sel d'ammoniaque.

Les médecins exerçaient l'irritation sur les mamelles par des suctions, dans les cas où la sécrétion du lait était supprimée. On rétablissait l'écoulement des lochies, quand celles-ci étaient arrêtées par des bains de vapeur ou par des fomentations chaudes sur la vulve. Lorsque la fièvre et les autres symptômes inflammatoires commençaient à diminuer, on employait des diurétiques et des sudorifiques.

Les hôpitaux de Londres se servaient habituellement des résolutifs et de rubéfiants, tels que les liniments faits avec l'alcali volatil; et les fomentations avec des flanelles trempées dans le vinaigre chaud. D'autres préféraient les fomentations sèches, faites avec des sachets, dans lesquels on mettait un mélange de poudre aromatique et de camphre pulvérisé.

Doublet recommandait des vomitifs au début de la

maladie, pour faire transpirer et activer le système lymphatique.

Hull et Frye, vantaient le mercure doux, comme un puissant résolutif et la digitale dans le but d'atténuer l'irritation artérielle et d'augmenter la sécrétion des urines.

On peut bien comprendre quels résultats on pouvait obtenir avec ces diverses méthodes de traitement obligeant la femme, pour suivre ces traitements, à exécuter des mouvements prématurés absolument préjudiciables à son état ; aussi n'avons-nous pu trouver nulle part de statistiques établissant le *quantum de mortalité* obtenu à cette époque.

CHAPITRE II

PROPHYLAXIE

La phlegmatia alba dolens, étant une manifestation atténuée de l'infection puerpérale. et survenant habituellement pendant les suites de couches, vers le dix-huitième jour, doit être combattue tout d'abord par des moyens préventifs, qui consistent dans l'antisepsie rigoureuse prise avant, pendant et après l'accouchement.

Nous ne parlerons ici que des précautions antiseptiques à prendre pendant les suites de couches.

Tout le monde est d'accord sur l'utilité des toilettes antiseptiques des organes génitaux externes employées après la délivrance.

Selon M. Ribemont-Dessaignes, elles doivent être faites au moins quatre fois par vingt-quatre heures, de manière que les liquides séro-sanguinolents qui s'écoulent des organes génitaux ne s'y putréfient pas.

D'après le même auteur, dans l'intervalle des toilettes

les organes génitaux externes sont recouverts d'une couche assez épaisse de coton boriqué, ou d'étoupe au sublimé ; ce coton est maintenu en place à l'aide d'une serviette passée entre les deux cuisses et relevée sur l'abdomen. Ce pansement a pour double but de recueillir les liquides qui s'écoulent des organes génitaux et de mettre ceux-ci autant que possible à l'abri de l'air et des contacts extérieurs.

« Pendant les premières années où l'on s'est occupé d'antisepsie, on a fait abus des injections vaginales, qui n'ont guère même que des avantages lorsqu'elles sont parfaitement faites, dit M. J. Lucas Championnière, mais souvent ces injections ne sont pas données d'une manière complètement aseptique. Elles favorisent alors la pénétration de l'air dans le vagin ; les plaies du vagin, du col, de la vulve, en voie de cicatrisation, sont tiraillées par le contact de la canule et le courant du liquide. »

A l'avis de M. Ribemont-Dessaigne, il est préférable de ne pas avoir recours à ces injections pendant les huit ou dix premiers jours qui suivent l'accouchement à cause de la difficulté qu'on éprouve à les faire très bien et de ne les commencer qu'au moment où les plaies produites par l'accouchement, sont en voie de réparation. Si cependant, dès les premiers jours, les lochies sont fétides, si la femme perd du sang en assez grande quantité, si elle présente une hyperthermie légère, il est préférable de recourir aux injections vaginales chaudes et antiseptiques. Quant aux injections intra-utérines, on ne doit en donner que si les suites de

couches sont pathologiques et si l'on pense que les accidents fébriles sont dus à une infection utérine.

Il faut aussi, chez toute accouchée prendre la température régulièrement matin et soir pendant toute la durée du séjour au lit, car, presque toutes les élévations de température chez les accouchées sont dues à une infection plus ou moins intense d'origine génitale.

Il est également utile de compter matin et soir le nombre de pulsations ; une fréquence du pouls normale est, après l'absence d'élévation de température, le meilleur signe que les suites de couches sont physiologiques,

S'il se produit des déchirures du périnée et du vagin, il faut les suturer immédiatement, parce qu'elles sont tout particulièrement exposées à être infectées les jours qui suivent l'accouchement, par suite de leur proximité avec le rectum et la vessie.

Il est en outre une précaution importante, c'est de maintenir au lit, plus longtemps que les autres femmes celles qui ont présenté des suites de couches pathologiques.

L'expérience a montré depuis longtemps que la phlegmatia alba dolens débute le jour même où la femme commence à se lever prématurément, vers le seizième ou le dix-huitième jour. Il est possible que le séjour prolongé au lit puisse dans certains cas enrayer le développement de certaines phlegmatia imminentes.

D'après Vaquez, il est important, à la suite d'un accouchement qui aura été suivi d'une élévation thermique, si faible soit-elle, d'examiner soigneusement et à de fréquentes reprises l'état de la circulation veineuse

des membres, surtout des membres inférieurs. Faire le diagnostic au moment de la période préoblitérante de la phlébite pour éviter à la malade des dangers et, tout au moins, l'ennui du long séjour au lit qui entraînera l'oblitération définitive de la veine. L'interrogatoire de la malade, la palpation des régions choisies d'ordinaire par la phlébite, la recherche de l'œdème unilatéral même, s'il n'atteint que le pied ou le mollet permettront fréquemment de reconnaître une phlébite qui évolue encore sourdement. Dans ce cas alors, l'immobilisation du membre légèrement élevé, l'emploi de faibles révulsifs ou d'applications chaudes pourront enrayer l'envahissement des veines par le processus phlébitique et prévenir leur oblitération.

En se basant sur les principes que la pathogénie de la phlegmatia alba dolens puerpérale réside dans l'infection et que le ralentissement de la circulation qui suit l'accouchement et, *a fortiori*, les varicosités des membres qui surviennent au cours de la grossesse et qui témoignent de l'existence d'une gêne circulatoire, constituant un ensemble étiologique prédisposant, M. Hagapoff (de Constantinople) eut l'idée d'appliquer à toutes les nouvelles accouchées les moyens préventifs, pour faciliter la circulation veineuse des membres.

S'agit-il d'une accouchée sans fièvre, ni varices, il a l'habitude de placer, à partir du quatrième jour, les membres dans le plan incliné pendant dix jours au moins ; à cet effet, il fait relever le pied à vingt centimètres du plan du lit, les membres allongés, fléchis ou non, reposant, suivant leurs faces dorsales ou latérales, sur un coussin élastique, les talons libres.

Lorsqu'il y a élévation de température, il fait avec l'antisepsie génitale, d'usage, envelopper les membres de flanelle en les plaçant dans une inclinaison de cinquante centimètres pendant au moins quinze jours.

Dans le cas où la femme est atteinte de varices et de varicosités, aussi légères qu'elles soient, et à plus forte raison lorsqu'elle a déjà présenté antérieurement la phlegmatia, il combine à ces moyens les frictions alcoolisées, pratiquées matin et soir jusqu'à bien rougir la peau.

Grâce à ce traitement, les femmes étant obligées de garder ainsi le lit longtemps ne pourront pas se lever trop tôt, ce qui n'est pas moins important, attendu que la phlegmatia doit plus volontiers apparaître chez les femmes quittant le lit trop tôt.

M. Hagapoff affirme qu'en appliquant le plan incliné avec les frictions et l'enveloppement des jambes chez une secundipare et chez une tertipare qui venaient d'accoucher et qui avaient déjà présenté une phlegmatia antérieurement, la récurrence n'a pas eu lieu.

Quant aux moyens prophylactiques de varices d'origine gravidique, qui pourront servir de cause indirecte de la phlegmatia alba dolens, le même auteur fit porter aux femmes, dès le quatrième mois de la grossesse, un bas élastique dans la journée jusqu'au septième mois chez les primipares et jusqu'au dernier mois chez les multipares. Plus tard, il fait remplacer le bas élastique par des bandes de coton ou de flanelle (suivant la saison), que l'on doit appliquer étroitement chaque matin au lever. La femme doit passer la grande partie de la

journée au repos sur une chaise longue, surtout dans les deux derniers mois.

Dans le cas où elle se plaindrait de crampes ou d'endolorissements ou encore d'engourdissements dans les jambes, celles-ci seront élevées sur un coussin de vingt centimètres du plan du lit, les talons libres comme toujours, et maintenues dans cet état au moins pendant une demi-heure plusieurs fois dans la journée. Au besoin, on pratique des frictions ascendantes.

Nous restons muets à propos de ce moyen préventif de la phlegmatia parce que nous n'avons nulle part trouvé d'observations confirmant ses avantages, toutefois il peut donner de bons résultats, comme l'affirme l'auteur lui-même.

Mais malgré les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie obstétricales qui ont fait diminuer et presque disparaître les complications de la puerpéralité, on observe encore souvent la phlegmatia alba dolens.

M. Charrin, dans son livre si intéressant sur *les Défenses naturelles de l'organisme*, écrit : « Un observateur impartial concède que les accidents de la puerpéralité ont, en grande partie disparus, grâce aux méthodes antiseptiques et aseptiques ; un seul n'a pas suivi cette progression descendante : c'est la *phlegmatia alba dolens*. Assurément les microbes jouent un rôle dans la genèse des thromboses ; quelques-uns même produisent des substances capables de favoriser ces thromboses. Néanmoins il convient de ne pas oublier que la présence d'un germe n'est nullement indispensable pour obtenir un tel résultat ; du moment où le

fibrin-ferment des leucocytes intervient en présence du produit fibrino-plastique, le sang se coagule. »

M. Broissard a même remarqué, que la phlegmatia était plus commune aujourd'hui qu'il y a quinze ans. en clientèle privée plutôt qu'en clientèle hospitalière où les femmes partent généralement avant l'apparition de la phlegmatia.

Ailleurs, dans un article sur *la pathogénie de la phlegmatia alba dolens puerpérale*, M. Keim dit que des faits, en apparence paradoxaux, doivent encore faire soupçonner que la phlegmatia n'est pas toujours liée à une infection puerpérale ; que si d'une part, on la voit se produire après des suites de couches tout à fait physiologiques, on la trouve, au contraire, très rarement dans certains cas très sérieux d'infection génitale : ainsi les femmes qui font des avortements et qui sont très souvent infectées, ont rarement, jamais pour ainsi dire, une flegmatia. Selon cet auteur il n'y a pas là une question de virulence microbienne, car les autres complications puerpérales, les complications péritonéales en particulier, sont aussi graves dans les suites d'avortement que dans les suites de couches. « Il s'agit, dit-il, plutôt du terrain, de la circulation génitale moins développée, moins ralentie du foie moins altéré. Et enfin, cette différence de fréquence peut tenir à certaines autres conditions qui commandent la pathogénie de la phlegmatia en dehors de l'infection. »

D'autre part encore, M. Jouannet montre dans son ouvrage, qu'à la fin de l'accouchement et pendant les suites de couches se trouvent dans l'utérus les conditions chimiques nécessaires à la coagulation sanguine,

qui expliquent la fréquence de la *phlegmatia alba dolens* rangée dans les accidents infectieux de la puerpéralité, tandis que les autres accidents infectieux puerpéraux ont diminué de fréquence. Que la coagulation sanguine explique la fréquence de la *phlegmatia* après les hémorragies, surtout par suite du *placenta-prævia*. De même sa fréquence après interventions, ouverture des sinus, mise en rapport du sang utérin avec des produits utérins (pathologiques ou acquis, tels : le sublimé), son début au niveau de l'utérus où il y a stagnation du sang après l'accouchement et la délivrance, en somme après la disparition des contractions de la grossesse et du travail. Et, selon l'auteur ces données de physiologie pathologique, justifient un traitement opothérapique par les anticoagulants associés à l'extrait de foie, qui est un traitement plutôt préventif que curatif.

Et comme, d'après M. Tarnier, pendant la grossesse, dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, le foie n'est pas normal ; que ces fonctions par conséquent ne se font pas régulièrement, son action anti-toxique diminue ; ses fonctions uro-poïétiques, changent, ainsi que l'indique l'analyse des urines ; la glycosurie alimentaire existe souvent, cet organe est incapable, en partie, d'exercer son rôle anticoagulant. C'est la raison pour laquelle M. Jouannet essaye la peptone (substance anticoagulante la plus étudiée et la plus facile à expérimenter dans les mêmes conditions) associée à l'extrait de foie, pour suppléer l'insuffisance hépatique et, peut-être stimuler le foie par une opothérapie directe.

Nous pourrions ainsi comprendre l'utilité de ce trai-

tement anti-coagulant de la *phlegmatia alba dolens*, curatif et surtout prophylactique, associé à la thérapeutique ordinaire.

D'après M. Keim, il est le plus souvent inutile de faire des injections intra-utérines d'eau bouillie ou de sublimé, celles-ci peuvent encore avoir une action fâcheuse en ouvrant mécaniquement les sinus et en mettant leur sang en rapport avec le contenu de l'utérus (sang, caillots, membranes) et avec le sublimé de l'injection, qui favorisent la coagulation intra-vasculaire. Le même auteur trouve qu'il est nécessaire, à cause des conditions chimiques de coagulation qu'ils peuvent hâter, de laisser dans l'utérus, après l'accouchement, le moins de produits étrangers (caillots ou débris de membranes entourés de caillots) et qu'il est utile d'enlever les uns et les autres à l'aide d'un écouvillonnage prudent.

« On videra donc, dit M. Keim, l'utérus de tout son contenu ; on hâtera son involution (injections vaginales chaudes, ergotine, éviter le massage par crainte d'embolie ; ne pas employer de sublimé). Enfin, un bon moyen préventif est de laisser coucher l'accouchée sur le côté dès que l'utérus est dur et en bonne voie d'involution, de façon à mobiliser l'intestin. »

Dans une observation de M. Jouannet, que nous relations ci-dessous, la malade, prise d'accidents infectieux utérins trois jours après l'accouchement, guérit momentanément par un curettage et un écouvillonnage, et est atteinte de *phlegmatia alba dolens*, le dix-huitième jour des suites de couches. L'auteur eut l'idée d'instituer le traitement opothérapique vers le sixième jour, du

début présumé de la thrombose et cela après deux jours d'hyperthermie marquée. Celle-ci diminue dès les deux premiers jours du traitement, sans antipyrétiques. L'état général et l'état local s'améliorent en même temps. La douleur est moindre dès le sixième jour du traitement. Elle a disparu le onzième jour. La température arrive et reste à la normale dès le troisième jour. Malgré cela, M. Jouannet continue le même traitement jusqu'au dix-septième jour.

En somme, évolution rapide de la thrombose ; abaissement presque immédiat de la température, faible intensité et diminution progressive et hâtive des phénomènes douloureux, tels sont les résultats dans ce cas du traitement opothérapique associé au repos.

OBSERVATION DU D^r JOUANNET

La nommée Léa L..., entre à l'hôpital Saint-Antoine le 27 août 1898. Elle n'a pas d'antécédents héréditaires particuliers, pas de tuberculose, pas de syphilis ; aucune maladie infectieuse chez ses parents. Rien également dans la collatéralité.

Elle-même s'est toujours assez bien portée. Elle a eu la rougeole, la coqueluche étant enfant. Elle a marché à onze mois. Réglée à douze ans, elle l'a toujours été assez régulièrement. A son entrée, elle est enceinte à terme. Sa grossesse actuelle s'est passée sans accidents : peu de vomissements au début, ni céphalée, ni œdème des jambes, de la face ou de la région abdominale. Pas d'albumine dans les urines, pas de varices.

Elle accouche le lendemain, 28 août, spontanément. Le travail est court, normal, sans intervention ainsi que la délivrance. L'enfant ne présente rien de particulier.

30 août. — Le soir, la malade se plaint de souffrir de la tête ; le ventre est douloureux ; les lochies commencent à être légèrement fétides. Température : $38^{\circ} 7$. On met la malade à la diète ; on ordonne une injection vaginale et une injection intra-utérine au permanganate de potasse.

31 août. — La température reste toujours élevée : $38^{\circ} 7$. Le matin même, curetage par lequel on ne retire que quelques débris de caduque. Il est complété par un écouvillonnage rapide et une injection intra-utérine au permanganate. Pas de tamponnement, ni drainage utéro-vaginal.

Le soir. La malade a $39^{\circ} 2$, peut-être par réaction générale ayant fait suite à l'absorption au niveau de l'utérus de produits infectieux ou toxiques, absorption provoquée ou facilitée par l'injection intra-utérine qui a terminé le curetage.

1^{er} septembre. — La température est revenue à la normale ; les lochies ont encore une légère odeur : on se contente de faire une injection vaginale. Les suites de couches continuent sans incidents sans température au-dessus de la normale, sans fétidité lochiale, sans phénomènes généraux jusqu'au 14 septembre.

14 septembre. — La température est de 39° . La malade a de la difficulté à mouvoir la jambe gauche qui est lourde depuis la veille déjà. De plus, elle se plaint de fourmillements dans le membre inférieur gauche. Il y a des douleurs très vives au niveau de l'aîne gauche, douleurs surtout provoquées par le palper ; il existe également un point douloureux au creux poplité du même côté. Enfin un œdème léger apparaît au cou-de-pied gauche. La malade n'a pas eu de frisson, mais elle se plaint de céphalée intense.

On se contente d'un enveloppement ouaté et on ordonne un gramme de sulfate de quinine. Les urines sont restées normales.

15 septembre. — 7 heures du matin. La température est de $37^{\circ} 6$. Les phénomènes de la veille s'accroissent. La jambe est très

douloureuse. La recherche de la sensibilité montre qu'elle persiste de façon égale de deux côtés. Nous notons, dans la fosse iliaque gauche, dans la région péri-utérine, une légère douleur à la pression et au palper. Pas d'hydarthrose du genou.

On redonne 50 centigrammes de sulfate de quinine. La jambe est immobilisée dans une gouttière ouatée, le membre légèrement soulevé à son extrémité.

4 heures du soir. Température remontée à 39°.

16 septembre. — La malade a passé une assez mauvaise nuit ; le membre inférieur gauche est douloureux. La température du matin est de 37° 1. On met la malade à la diète, bouillon, thé au rhum. Vu l'état de progression de la phlébite, la douleur au pli de l'aîne, au creux poplité, et surtout la douleur persistante dans la fosse iliaque gauche on décide d'essayer un *traitement opothérapique anti-coagulant*.

4 heures du soir. La température est de 38° 2. On donne à la malade un grand lavement tiède évacuateur ; un quart d'heure après celui-là, un autre lavement composé de 100 grammes de foie de veau très finement haché mélangé de 5 grammes de peptone dans 250 grammes d'eau. La malade garde son traitement.

17 septembre. — Température 37° 8. Œdème persistant à gauche avec circulation veineuse superficielle apparente. Il n'y a aucune différence de température entre les deux côtés ; il en est de même pour la sensibilité. Pas d'hydarthrose, ni au genou ni au cou-de-pied. Persistance des points douloureux au triangle de Scarpa, au creux poplité, au mollet. Il existe encore, mais plus faiblement des crampes, de l'engourdissement de la jambe gauche. Même régime. Lavement tiède évacuateur suivi d'un quart de lavement avec 100 grammes de foie de veau haché et mélangé à 5 grammes de peptone.

18 septembre. — Température 37° 4. La douleur est toujours aussi vive au pli de l'aîne, au creux poplité et au mollet.

4 heures du soir. Température 38°. Pouls 90. Simple toilette

vulvaire. Aucun médicament interne. Traitement opothérapique, lavement, peptone et foie comme précédemment.

19 septembre. — Matin, température $36^{\circ} 7$. Il existe entre les deux membres inférieurs une différence de circonférence de trois quart de centimètre en faveur du côté gauche.

Soir. Température : $37^{\circ} 2$. Pouls 88. Même traitement obstétrical et opothérapique. Les urines restent toujours normales. On alimente la malade au premier degré.

20 septembre. — Matin. Température : 37° .

Soir. $37^{\circ} 5$. Pouls 80. Même traitement que les jours précédents.

21 septembre. — Les douleurs vont en diminuant d'intensité depuis la veille.

Matin. Température : $37^{\circ} 2$. Soir. Température : $37^{\circ} 2$. Pouls 80. Même traitement opothérapique,

22 septembre. — Matin. Température 37° . La malade se plaint à peine des points douloureux du membre inférieur gauche.

Soir. Température $36^{\circ} 5$. Pouls 75. On continue le traitement.

23 septembre. — L'état d'amélioration persiste. Même traitement.

24 septembre. — Les phénomènes douloureux ont disparu. La malade remue bien la jambe. Plus d'œdème. Température normale. Toujours traitement opothérapique.

25 septembre. — Rien de spécial à noter. La température reste normale.

26 septembre. — Température : $36^{\circ} 8$ matin, 37° soir. La douleur a complètement disparu ainsi que l'œdème, la malade peut remuer facilement sa jambe. Malgré cela, on continue encore le même traitement.

27 septembre. — Malgré l'état satisfaisant de la malade, l'absence d'élévation de température, de douleur ou de réaction générale, on avait continué le traitement opothérapique dans les

mêmes conditions. On cesse tout traitement à partir d'aujourd'hui. On baigne la malade.

28 septembre. — La malade sort de l'hôpital tout à fait guérie, sans raideur musculaire, sans atrophie, sans point douloureux ni œdémateux. Depuis douze jours, elle s'était levée et proménée dans la salle.

Il existe, pour M. Keim, un second mode de production de la phlegmatia, également d'origine toxique, ayant son point de départ pendant la grossesse, en dehors de toute infection génitale, et qui explique lui aussi, la fréquence actuelle de cette affection.

Cet auteur a été frappé de la coïncidence de la phlegmatia et des phénomènes toxiques intestinaux, en particulier de ses rapports avec l'entérite muco-membraneuse.

A propos d'une observation qu'il rapporte, il cherche à expliquer la très grande fréquence de la phlegmatia puerpérale en dehors de toute infection génitale. Dans le cas qu'il a suivi, il existait à la fin de la grossesse de l'infection pleurale, de l'infection hépatique et une thrombose veineuse dans l'abdomen du côté droit. La malade avait de l'entérite muco-membraneuse ancienne. Dès les premiers jours des suites de couches, il y eut une élévation de température, et au quinzième jour la phlegmatia évolua classiquement. A aucun moment, il n'y a eu d'infection génitale ; l'involution utérine fut normale.

M. Keim pense que l'entérite muco-membraneuse peut produire la thrombose veineuse au même titre que l'infection pleurale ou hépatique. L'infection hépa-

tique atteignant un foie déjà malade du fait de la grossesse empêche l'action anticoagulante du foie et favorise la thrombose veineuse. Ce serait donc, surtout par l'intermédiaire du foie que l'entérite muco-membraneuse produirait la phlegmatia.

Il faut donc traiter sévèrement la constipation et l'entérite, dit M. Keim, et cela surtout quand la femme a un aspect cireux, chlorotique. On ordonnera les laxatifs doux (poudre de réglisse composée, cascara, etc.), le calomel à doses fractionnées, des lavements et même des lavages intestinaux à l'eau oxygénée alcalinisée.

On traitera en même temps le système veineux par la teinture d'hamamelis virginica, (trois fois deux gouttes dans la journée) et surtout la strychnine (un à 2 milligrammes par jour), qui a une action tonique sur la fibre musculaire lisse des vaisseaux, sur celle de l'intestin et sur celle de l'utérus. »

Ce traitement préventif serait surtout important, quand il y a eu des phlébites dans la famille, quand la femme elle-même a des varices ou des hémorroïdes anciennes, et surtout si on trouve de la douleur sur le côté de l'utérus ou le poulx grimpant, en échelons, de Mahler (signe précocement révélateur de la phlébite utérine dû aux résistances opposées par la thrombose à la circulation et que le cœur chercherait à vaincre en se contractant plus souvent).

M. Budin pense que M. Keim a exagéré la fréquence de la phlegmatia et il ne croit pas que l'intestin joue un rôle considérable dans son étiologie. Le fait qu'il y a eu de la température après l'accouchement lui suffit pour penser à de l'infection génitale.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Laissant de côté tous ces traitements qui étaient employés par nos ancêtres, tels que saignées, vésicatoires, frictions du membre, traitements aussi dangereux les uns que les autres ; on se bornera à faire un traitement local et général.

Le traitement local consiste d'abord dans l'immobilisation du membre atteint ; il doit être placé dans une attitude favorable à la diminution de l'œdème et au rétablissement de la circulation collatérale. L'immobilisation évite toute fragmentation du caillot, et partant la production d'une embolie, atténue la douleur et empêche la progression de l'œdème.

Pour faciliter la résolution de l'œdème, la femme doit être couchée sur le dos, le membre inférieur allongé sur un coussin de balle d'avoine, de telle façon qu'il repose sur lui par toute sa face postérieure, et que le pied se trouve plus élevé que le genou et la hanche.

Le talon doit dépasser l'extrémité du coussin de manière à ne subir aucune pression qui amènerait facilement une escarre à ce niveau. Le membre ne doit pas être trop incliné parce que les malades supportent parfois avec peine cette position et, d'accord avec M. Siredey, qui a fait remarquer cela le premier, presque tous les cliniciens immobilisent le membre étendu dans une position horizontale, celle qu'en général les malades adoptent spontanément. Un cerceau est disposé de manière à empêcher le poids des couvertures de porter sur le membre malade.

Dans quelques cas, lorsque le gonflement est extrêmement considérable, on a conseillé de faire quelques mouchetures. Cette pratique ne peut être admise que si les douleurs sont très vives. Elle a le grand inconvénient de déterminer parfois autour des piqûres, des plaques de sphacèle plus ou moins étendues. Pour les éviter, il faut employer une aiguille flambée.

Il faut que le membre soit soumis à une température douce et uniforme, on évite ainsi le refroidissement des parties œdématiées, et cette petite précaution suffit souvent pour déterminer une sudation sensible.

Pour maintenir cette chaleur bienfaisante, Trousseau disposait autour du membre des sachets remplis de sable chaud. A présent, on se sert d'une gouttière bien garnie d'une couche de ouate qui maintient le membre dans l'immobilité et à une douce chaleur.

Il ne faut pas user de la compression dès les premiers jours, car pratiquée à une époque où la circulation collatérale n'est pas encore établie, elle ne peut amener la résolution de l'œdème ; et même elle empêche le

développement de cette circulation de suppléance. De plus, elle est pénible pour la malade, parce qu'elle exagère toujours le sentiment de tension locale ; elle a enfin le tort beaucoup plus grave de favoriser le détachement d'un caillot encore adhérent.

Robert de Latour a vanté le collodion riciné en badigeonnages sur le membre entier dans le but de pouvoir défendre du contact de l'air le membre affecté. Selon lui, dans l'inflammation; l'afflux sanguin n'est pas le phénomène essentiel et primitif de la maladie, mais il n'est qu'un résultat physique directement lié à l'exagération locale de la chaleur animale, la cause en est dans la dilatation et la distension des vaisseaux sanguins sous l'empire de cette exagération même.

Dans une observation où le gonflement était intense l'auteur vit disparaître la douleur le lendemain de son application et le septième jour du traitement tout était rentré dans l'ordre et la malade marchait.

« A peine une couche de *collodion riciné* a-t-elle revêtu le membre, dit M. de Latour, que déjà le mouvement ascensionnel de l'inflammation s'arrête, et deux heures ne se sont pas écoulées, que la malade se déclare soulagée. Dès le lendemain, la chaleur du membre se trouve sensiblement réduite, et déjà quelques mouvements peuvent être exécutés. Le gonflement, toutefois, reste le même encore, gonflement œdémateux inévitable, puisqu'il se rattache à l'obstruction des veines par les caillots fibrineux qui retardent et enchainent la progression du sang dans les vaisseaux. Il est évident que le résultat matériel de l'inflammation doit persister quelque temps encore, car il faut un travail

de résorption pour le détruire, mais l'inflammation elle-même, la chute s'en accomplit infailliblement. »

Il est possible que ce traitement puisse réussir dans certains cas, mais il a été très peu expérimenté et par conséquent son prétendu moyen curatif reste inconnu.

Comme pansement, on peut se contenter d'appliquer sur tout le membre du laudanum et de le recouvrir avec de l'ouate. Mais pour obtenir plus rapidement la résolution de l'œdème, laquelle, abandonnée à elle-même, est toujours très lente, M. le professeur Pinard préconise depuis plusieurs années dans sa clientèle particulière et dans le service qu'il dirige si brillamment un agent révulsif d'une grande énergie, le chlorydrate d'ammoniaque. Déjà Marjolin traitait par des applications d'une solution saturée de ce sel, les hydrocèles congénitales.

Ce pansement de M. le professeur Pinard consiste à envelopper le membre, dans l'attitude que nous avons indiquée, avec des compresses de tarlatane trempées dans une solution saturée de chlorydrate d'ammoniaque qui contient 250 à 300 grammes de ce sel par litre d'eau et recouvertes de taffetas gommé afin d'éviter l'évaporation. Sans déplacer le membre, on imbibe deux ou trois fois par vingt-quatre heures les compresses avec la solution indiquée.

Le chlorydrate d'ammoniaque ayant une action résolutive et par conséquent une action dissolvante sur les cellules épithéliales, amène une sudation sans accélération du pouls. Aussi la malade ne tarde pas, sous son action à éprouver un soulagement notable malgré une légère cuisson.

Au bout de cinq ou six jours, quelquefois avant encore, on voit apparaître un érythème accompagné d'une éruption de vésicules plus ou moins arrondies et remplies d'un liquide séro-purulent, tantôt disséminées, tantôt confluentes, surtout à la face postérieure de la cuisse et de la jambe.

Lorsque cette éruption de vésicules est bien accusée on cesse les pansements humides, on saupoudre le membre avec de l'amidon et on l'enveloppe d'une épaisse couche d'ouate. Si l'autre membre est à son tour atteint, on institue le même pansement qui a l'inconvénient de mouiller le lit au niveau de l'endroit où reposent les fesses, qui souvent présentent de l'érythème médicamenteux.

Sous l'influence de ce traitement local, la douleur, le gonflement et la tension des téguments diminuent dans un délai de quinze jours à trois ou quatre mois. A mesure que l'œdème disparaît, on voit apparaître un réseau bleuâtre à la portion superficielle de la peau, ce qui indique qu'une circulation collatérale s'est établie et la tension pénible dont se plaignent les malades disparaît rapidement. Dans les cas où le chlorydrate d'ammoniaque a été employé, il a donné de bons résultats.

Dans l'observation que nous avons pu recueillir, et que nous citons ci-dessous, bien que le gonflement fût énorme, la résolution s'effectua rapidement et fut à peu près complète à la fin de la troisième semaine. Sous l'influence du traitement immédiatement appliqué, l'œdème douloureux avorta.

OBSERVATION (personnelle)

Marie S .., ménagère, âgée de 32 ans, entre le 10 décembre 1910 au service de M. le professeur Spillmann.

Ses grossesses précédentes au nombre de trois, se sont passées sans incidents et toutes les trois étaient à terme.

Le 25 novembre, cette femme accoucha chez elle et à terme d'un garçon. Sa délivrance fut suivie d'une hémorragie abondante qui fut arrêtée par l'ergot de seigle.

Présentation du sommet. Variété ?

Le cinquième jour après la délivrance, elle se leva pour quelques minutes, le huitième jour elle se leva de nouveau et dans un effort de défécation elle s'aperçut qu'une tumeur rougeâtre faisait saillie entre les grandes lèvres. C'était un prolapsus de l'utérus qui fut réduit par un médecin.

Le 10 décembre, elle éprouva dans la journée des élancements douloureux dans le mollet gauche. Elle entre le même jour à l'hôpital civil, envoyée par son médecin.

11 décembre. — A la visite, on constate que le pied, la jambe et la cuisse gauche sont œdématisés ; le membre est dans l'extension. Le gonflement très marqué, est plus considérable à la cuisse qu'à la jambe. Les élancements douloureux persistent. L'œdème est blanc, lisse, douloureux à la pression. Le doigt provoque assez facilement le godet caractéristique. La pression est douloureuse sur le trajet de la fémorale, dans le creux poplité, mais on ne perçoit pas de cordon induré. Epanchement abondant du genou. Température le soir 39° 8. Le membre est placé dans une gouttière ouatée recouverte de taffetas gommé.

12 décembre. — Température le matin 38° 8. L'œdème augmente et le membre inférieur gauche est deux fois plus gros que le membre sain. L'hydarthrose augmente. La peau est presque transparente. La malade éprouve toujours des élancements dans le mollet et le pied. Hypéresthésie du membre. Après

la visite, on l'enveloppe de compresses trempées dans une solution de chlorydrate d'ammoniaque. Température du soir 40°.

13 décembre. — L'œdème semble ne plus augmenter. Les douleurs persistent. Température locale, prise à la face interne de la cuisse, avec le même thermomètre, en points symétriques : cuisse gauche 39° 4, cuisse droite 37° 8. Des veines superficielles commencent à se dessiner sur le fond blanc mat de téguments. Température axillaire : matin 39°. Soir 40° 8. Un peu de délire dans la nuit.

14 décembre. — La malade ne souffre plus ; sensation d'engourdissement et de tension. La circulation collatérale se développe. Température, matin 39° 2 ; soir 39° 6.

15 décembre. — Même état. Température du matin 38° 8 ; le soir 38° 8. Erythème de la cuisse et de la jambe, plus marquée dans la région de l'aïne.

16 décembre. — Le matin, 38° 8. Gonflement stationnaire ; le soir 38° 9.

19 décembre. — Température matin 38°, soir 38° 6. Le gonflement paraît diminuer légèrement.

21 décembre. — Température locale : cuisse gauche 37°, cuisse droite 36° 4. Température axillaire le soir 38°. Le gonflement diminue progressivement.

25 décembre. — L'épanchement du genou est très peu abondant. Il ne reste que peu d'œdème à la cuisse : il est encore assez marqué à la jambe.

27 décembre. — Il n'y a plus de liquide dans le genou. Encore un certain degré d'œdème à la jambe et au pied.

30 décembre. — On supprime les compresses de chlorydrate d'ammoniaque par suite de l'érythème étendu et des phlyctènes qui deviennent pénibles pour la malade et on saupoudre le membre avec la poudre d'amidon.

1^{er} janvier. — Il existe encore un léger œdème à la cheville et à la partie inférieure de la jambe.

2 janvier. — Le membre droit présente un peu d'œdème à la jambe. Pas de douleur. Fièvre nulle.

7 janvier. — L'œdème a disparu à la jambe droite. A la partie inférieure de la jambe gauche, le doigt produit encore une légère dépression.

18 janvier. — L'œdème a disparu.

27 janvier. — La malade se lève et sort de l'hôpital.

Contre la douleur, on a conseillé les fomentations de têtes de pavots, les cataplasmes légers, si leurs poids ne gênent pas les malades. Les liniments calmants, les onctions avec la pommade belladonnée, etc., atténuent la douleur, mais il faut avoir soin d'étendre simplement les pommades; toute friction, même légère, doit être formellement interdite, elle n'aurait pour résultat que d'exaspérer la douleur et de favoriser la production d'une embolie. On peut user avec avantage de la poudre de Dower, du chloral, de la morphine, qui calment la douleur en procurant le sommeil.

Ici comme partout, on obtient des injections sous-cutanées de morphine les meilleurs effets. Nous n'aimons pas beaucoup, il est vrai, l'usage de la morphine, par crainte de l'abus qu'on peut en faire, abus engendré par la première piqûre qui procure le bien-être qu'on tendra plus tard à rechercher et à trouver à l'occasion de plus petite douleur; mais en cas de nécessité force est de recourir à ce merveilleux calmant. Il est pourtant utile de ne pas pratiquer ces injections sur le membre malade; l'absorption moins rapide, la production d'escarres dans ces régions, dont la circulation et

la nutrition sont très profondément troublées, sont une contre-indication formelle.

Une fois la thrombose établie et l'œdème constitué, le traitement général ne peut avoir qu'une importance secondaire. Toutefois il ne faut pas oublier qu'il existe une altération du sang et il sera utile de soutenir les forces de la malade par une alimentation appropriée et par des vins généreux, du quinquina, des préparations arsénicales ou ferrugineuses.

Il faut nourrir les malades sans fatiguer leur tube digestif. S'il existe des symptômes d'embarras gastrique, on a recours aux laxatifs doux, aux purgatifs légers, mais avec modération, puisqu'on agit sur des sujets débilités.

On conseillera particulièrement les aliments liquides ou demi-solides : lait, bouillon, potages, jus de viande, œufs, crèmes, etc. Les repas seront légers et souvent répétés.

Mais le meilleur des toniques à employer est l'alcool ; on le prescrira sous la forme de grogs, de potions de Todd, de vins de Champagne. Il ne faut pas craindre de l'administrer à doses assez élevées. Siredey, Runge, Budin, etc., recommandent fortement son emploi. A côté de ce tonique, Tarnier et Budin cite la caféïne, le sulfate de quinine, la strychnine, qui devront être ordonnés sous forme d'injections hypodermiques, pour ne pas fatiguer l'estomac de la malade. L'ancien traitement, qui consistait à employer le sulfate de quinine à hautes doses, est généralement abandonné. Signalons enfin pour mémoire les expériences instituées par Hofbauer sur la leucocytose artificielle provoquée par

administration de la nucleïne à la dose de 5 à 10 grammes ; ce médicament a paru lui donner quelques succès.

L'emploi du *sérum antistreptococcique* est ici rationnellement indiqué, puisque la plupart du temps la phlegmatia alba dolens puerpérale est due à ce microbe.

Les recherches de Czerniawski, de F. Widal, de Doyen, ont, en effet, démontré que toutes les affections puerpérales quelles qu'en soient la gravité et la localisation anatomique, sont causées par l'introduction du streptocoque dans les organes génitaux.

Cette trouvaille microbiologique donna aux médecins pouvoir de traiter la phlegmatia par un moyen curatif capable de rendre de réels services.

Et, en effet, dans un cas traité par M. Clozier, que nous rapportons ci-dessous, la phlegmatia alba dolens était guérie par lui, en injectant à la malade 40 cc. du sérum de Marmorek, en deux fois, à trois jours d'intervalle, au début des accidents et en absence de toute médication causale. Après l'injection, non seulement l'évolution des phénomènes morbides s'est brusquement arrêtée, mais encore les lésions produites sont entrées en voie de régression rapide, progressive et continue. Le seizième jour, la malade a pu se lever et marcher, depuis ce moment la convalescence s'est poursuivie sans qu'il soit survenu d'incident, d'accident ou de rechute. Le trentième jour, la guérison était sensiblement complète.

En présence de ces faits, nous estimons que l'évolution habituellement longue, et parfois illimitée de la

phlegmatia post partum a été manifestement influencée, dans ces deux modes de développement et de régression, par l'emploi du sérum de Marmorek.

Les chiffres des pesées auxquelles l'enfant, allaité en tout temps par sa mère, fut soumis, prouvent en outre : que le bébé a peu ou point souffert de la maladie dont sa nourrice était atteinte, non plus que de l'injection faite à cette dernière avec le sérum antistreptococcique.

OBSERVATION DU D^r CLOZIER

M^{me} L..., 24 ans. Poids normal, 62 kilog. Exempte de tare héréditaire ou acquise, n'a fait aucune indisposition, ni maladie grave et n'a point présenté de trouble fonctionnel ou organique notable. Une première grossesse à évolution naturelle, s'est terminée le 9 février 1898, par un accouchement simple, dont les suites furent normales. Après une deuxième grossesse, que ne traversa ni incident ni accident, le 19 mars 1900, notre cliente, à terme, accoucha spontanément en deux heures, sans avoir subi de toucher vaginal avant, pendant, ni après la parturition.

Des injections, à l'aide d'un liquide antiseptique, furent quotidiennement pratiquées, longtemps avant et après le travail. De l'ouate aseptique, a été pendant quinze jours appliquée en permanence sur la vulve.

Le liquide des injections, inodore et faiblement teinté de rose *au début* le 1^{er} avril, devient incolore, et dans la suite resta inodore. Les urines, fréquemment examinées, n'ont jamais contenu d'albumine.

3 avril. — Le ventre n'était pas douloureux et la température, régulièrement prise, n'ayant à aucun moment dépassé 36°8, la parturiente, pour la première fois, se leva et s'installa dans un fauteuil.

6 avril. — Elle fit quelques pas dans la chambre, mais bientôt se recoucha, pour cause de rachialgie qui, au lit disparaît. Pendant les jours suivants, la douleur lombaire se manifesta, de plus en plus intense, et se montra continue. La langue devient saburrale, l'appétit fit défaut et des phénomènes épigastriques se produisirent, bien que les selles fussent journalières.

12 avril. — Notre cliente se leva, alla à la selle et subitement, en dehors de tout précédent, comme sans raison apparente, perdit connaissance pour peu d'instants. De ce moment, assise et debout, elle éprouva, dans l'aîne gauche, une douleur qui s'atténuait ou disparaissait, en position de décubitus horizontal.

14 avril. — Au lever, la sensibilité anormale de l'aîne reparut, s'accentua et s'étendit à la cuisse ainsi qu'à la jambe correspondante.

15 avril. — Debout, assise ou couchée, la jeune femme ressentit constamment des douleurs dans le mollet et dans la cuisse gauches. De plus, le membre intéressé se meut lentement et fut lourd à traîner pendant la marche.

Appelé auprès de la malade, nous constatons : que les poumons et le cœur sains fonctionnent régulièrement ; que le foie et la rate ont, respectivement, leur volume physiologique ; que les reins sont dans leur loge et que tous les organes splanchniques, en un mot, se présentent à leur état normal. *Par contre* et en comparant entre eux les membres inférieurs, le *gauche* présente une coloration ou une teinte très atténuée, d'un bleu-grisâtre ; il est œdématisé et par effacement du modelé du genou, il a pris la forme fuselée ou tronc conique ; *de plus*, les tissus mous de la région sont durs et rénitants ; les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse sont d'une exécution difficile, lente et douloureuse ; le membre, en extension, est péniblement détaché du lit ; enfin le sujet accuse l'existence de fourmillements, de tiraillements ou d'élancements dans la jambe et dans la cuisse intéressées.

L'enveloppement du membre avec de la ouate, calme les douleurs.

16 avril. — La situation est la même. Le thermomètre, dans la journée, marque 36°9.

Une mensuration, pratiquée par le mari et par nous, simultanément, sur les deux membres inférieurs, fournit les résultats suivants :

	DROIT	GAUCHE	DIFFÉRENCE	RÉSULTAT
Racine de la cuisse.	52 $\frac{1}{2}$	55	2 à 3	Du tableau ci-contre, il résulte que : l'augmentation moyenne du membre gauche sur le droit est de 3 centimètres.
Partie médiane.	46	49	3	
Tiers intérieur.	36	39	3	
Genou	35	37	2	
Tiers supér ^r de la jambe. . .	31	32 $\frac{1}{2}$	1 à 2	
Mollet	28	32 $\frac{1}{2}$	4 à 5	
Tiers inférieur	19 $\frac{1}{2}$	21	2	3 centimètres.
Le diamètre transverse de la cuisse droite est de 16 centimètres, celui de la cuisse gauche est de 20 centimètres.				D'où il ressort une différence de 4 centimètres au profit de la cuisse gauche.

22^{cc} de sérum de Marmorek sont injectés dans la hanche droite, sans qu'il soit institué de médication interne ou externe proprement dite.

17 avril. — Immobile, la malade souffre peu. Au contraire, si elle essaye de se remuer, tout mouvement, même limité des articulations de la hanche, du genou et du pied, est douloureux, et le membre lui paraît avoir un poids considérable. Quelques gouttes

d'un liquide lie de vin, inodore s'échappent par la vulve. La température est à 37°5.

18 avril. — Les mouvements de flexion du genou tentés prudemment, en notre présence, par notre cliente, sont plus faciles à obtenir que précédemment et le membre dans son entier peut être détaché du lit. La température est de 37°1.

19 avril. — Une deuxième injection de sérum, à la dose de 20^{cc} est pratiquée dans la cuisse droite. Il ne se produit aucun suintement vagino-vulvaire.

Les 20, 21 et 22. — L'amélioration locale et générale, s'accuse chaque jour davantage. La convalescente se sent mieux, mange avec appétit, fait des mouvements assez étendus et dans son lit, s'assied ou change de position, presque librement et sans souffrir. La galbe du genou commence à se dessiner par ses reliefs et ses dépressions physiologiques. La température dont la feuille correspondante a été égarée, ne dépasse pas 37°5.

	DROIT	GAUCHE	DIFFÉRENCE	RÉSULTAT
Racine de la cuisse.	54	55	1	Sensiblement, à l'œil et à la mensuration, le membre gauche a repris son volume voisin de la normale.
Partie médiane.	46	47	1	
Tiers inférieur.	36	37	1	
Genoux.	35	35	Nulle	
Tiers supér ^r de la jambe .	31	31	»	
Mollet	28	31	3	
Tiers inférieur	19 $\frac{1}{2}$	19 $\frac{1}{2}$ à 20	$\frac{1}{2}$	

23 avril. — Sans cause appréciable, la température passe du matin au soir, de 37°5 à 38°5.

24 avril. — La cessation des douleurs est complète. Notre

cliente restant au lit, sans mettre pied à terre, le membre inférieur gauche a fait retour à l'état normal, eu égard à son volume, à sa consistance et à sa fonction.

Le soir, la température est de 37°7.

23 avril. — Vers midi, une éruption rubéiforme, confluyente, se manifeste sur la jambe et sur la cuisse droites. L'exanthème est caractérisé par l'existence de boutons ou de taches, d'un rouge vif, à petit diamètre, aplatis, faisant peu saillie sur les tissus sains et rendant la peau chagrinée, à la vue comme au toucher. La température est de 37°2 le matin, de 38°9 à 4 heures, le soir de 39° ; mais une poussée de taches, semblables aux précédentes, s'est produite pendant la nuit sur les avant-bras, en longues manchettes et sur la poitrine, en plastron, les autres parties du corps présentant leur coloration normale.

En même temps se sont manifestées des douleurs dans les doigts des mains qui, de ce fait, sont incapables de se mouvoir, de saisir et de tenir les objets menus. Les articulations temporo-maxillaires et le pied gauche sont également douloureux. Le thermomètre a marqué le matin 38°3, à 2 heures 38°2 et le soir à 10 heures 39°.

27 avril. — L'éruption de la poitrine est plus abondante qu'elle n'était la veille et s'est étendue aux parties découvertes du membre inférieur gauche, qui par mesure de prudence est enveloppé. La jambe correspondante a ainsi son pied coiffé d'une chaussette. Les mouvements de la mandibule et des doigts des mains sont redevenus libres et indolents, tandis que le pied gauche reste sensible.

28 avril. — L'éruption, probablement occasionnée par l'injection du sérum, disparaît définitivement et complètement sans avoir envahi la face, l'abdomen ni les fesses, la cuisse ni la jambe gauches et sans provoquer la moindre manifestation morbide dans les tissus profonds du membre inférieur primitivement intéressé, qui continue à se mouvoir librement et de façon indolente. Le

matin, la température est de 37°2 et à 4 heures, après-midi, de 36°6.

29 avril. — Notre cliente s'est levée, n'a point marché et pendant une demi-heure est restée assise dans un fauteuil. La jambe gauche, douloureuse et lourde, au début, en passant de la position horizontale à la verticale, bientôt a supporté cette attitude, sans être le siège d'aucune douleur. La température matinale a été de 35°8 et la vespérale de 36°.

30 avril. — La convalescente fait plusieurs pas, mais ressent des tiraillements dans le membre inférieur gauche. Sans insister, prudemment, elle s'assied et au bout de trois heures se met au lit.

1^{er} mai. — La jeune femme se lève à 2 heures, se recouche à 6 heures et dans l'intervalle essaye de marcher, mais le plus souvent reste assise. Le gonflement du pied pendant la marche exige l'usage de larges pantoufles.

2 mai. — La situation ne présente pas de changement.

3 mai. — Une marche de 25 à 30 mètres est fournie, sans provoquer dans les membres inférieurs de phénomène anormal d'ordre sensitif. Toutefois, la déambulation est hésitante ou lente, à cause de la lourdeur de la jambe gauche et aussi en raison de la raideur que l'immobilisation a occasionnée dans l'articulation du genou.

4 mai. — L'appétit est normal depuis plusieurs jours.

Du 5 au 20 mai. — M^{me} L... se lève le matin à 10 heures et se couche le soir à 6 heures. Pendant huit heures consécutives, elle marche et alternativement s'assied. Au moment du coucher, la jambe est légèrement violacée, œdématiée et dure.

Du 20 au 30 mai. — Notre cliente, levée à 10 heures, se met au lit à 8 heures. Progressivement, elle marche pendant trois, quatre et cinq heures, en se reposant.

Dès ce moment, elle vaque, avec sa bonne, aux soins de son ménage ou de ses enfants.

Mensuration du membre inférieur gauche avant et après la marche.

	MATIN	SOIR	DIFFÉRENCE
Cuisse.	52	54	2
Tiers supérieur de la jambe . . .	31 $\frac{1}{2}$	33	2 à 3
Mollet	31 $\frac{1}{2}$	34	2 à 3
Tiers inférieur de la jambe. . .	23	25 $\frac{1}{2}$	2 à 3
Malléoles	24	25	1
Circonférence du pied.	21	22	1

Tous les matins, la cuisse et la jambe gauches sont molles et ont leur volume normal. Tous les soirs, au contraire, leur tissu est œdématié et dur, et partout leur volume a augmenté. Pour la marche, les larges pantoufles remplacent les chaussures ordinaires que le gonflement de la jambe et du pied gauches ne permettrait pas de porter.

Le rapport des chiffres sus-énoncés établit que l'exercice de la marche fait augmenter de 2 centimètres, en moyenne, le volume de la jambe intéressée par la phlébite.

4 juin. — Le sujet toujours chaussé de sandales fait une sortie et d'une traite, peut fournir, à pied, une promenade de 500 mètres environ, sans éprouver de douleur ni de fatigue.

Depuis cette époque, M^{me} L..., chaque jour, se promène et marche librement, bien qu'elle fasse usage de chaussures ordinaires.

Nota. — Dès sa naissance, l'enfant nourri exclusivement au sein par sa mère, à raison d'une tétée de 10 minutes, toutes les trois heures, a successivement pesé :

	POIDS successifs	Presentant ainsi une augmentation de poids de
	kil. gr.	grammes
Le 19 mars (jour de la naissance).	3 042	416 en 22 jours
11 avril	3 458	46 7 —
19 avril	3 504	71 7 —
26 avril	3 575	46 7 —
3 mai.	3 621	1 kil. 102 30 —
4 juin	3 721	

Du 11 avril au 3 mai, soit pendant 20 jours, ou en période de phlébite de la mère, l'augmentation moyenne du poids de l'enfant a été de 8 gr. 50 par jour.

Le relevé exact des points donne :

Pour les 7 premiers jours. . Phlébite. . . . 46 gr.

Pour les 7 jours suivants

(après injection de sérum). Convalescence. 71 gr.

Pour les 7 derniers jours

(éruption due au sérum . . Fièvre. 46 gr.

Les deux caractéristiques de l'affection sont la douleur et l'œdème, mais ce dernier est souvent le symptôme prédominant.

Des analyses chimiques faites par divers auteurs ont montré que l'élément le plus important du liquide de l'œdème est le chlorure de sodium, qui atteint 6 et 8 grammes par litre. C'est donc une sérosité fortement chlorurée qui s'accumule dans les tissus, par suite des phénomènes d'ordre circulatoire, les uns mécaniques, les autres osmotiques plus importants, auxquels s'ajoutent les troubles nerveux.

La richesse de la sérosité en chlorures en rattache l'apparition à la théorie générale de la rétention des chlorures. Cette théorie fut établie par Achard et Læper.

Dans la phlegmatia, les chlorures sont retenus à la suite de troubles circulatoires locaux et de troubles de la nutrition des tissus, l'origine rénale n'intervenant plus ici que d'une façon exceptionnelle ; le sel fixe l'eau, qui amène la dilution et l'œdème se constitue. Il devient dès lors logique d'appliquer le régime de la déchloruration à l'œdème de la phlegmatia comme à l'œdème des néphrites.

C'est M. Signoret qui étudie l'emploi de ce traitement dans la phlegmatia alba dolens consécutive à l'accouchement.

L'auteur rapporte l'observation de cinq malades atteintes de phlegmatia puerpérale chez lesquelles la cure de déchloruration fut instituée.

Il détermine d'abord le degré de rétention des chlorures, par l'analyse quotidienne des urines soit par le bilan des entrées et des sorties en chlorure de sodium, soit par l'épreuve de la chlorurie provoquée.

Une fois le degré de la rétention établi, il institue sans retard le régime déchloruré en donnant des aliments privés de sel, en qualité toujours la même.

Ces aliments peuvent être, selon M. Signoret, très variés, puisque l'on peut continuer à donner une alimentation contenant les principes essentiels de la ration alimentaire, c'est-à-dire des albuminoïdes, des hydrates de carbone et des graisses ; la dose de chlorure de sodium que ces substances contiennent en

elles-mêmes est en effet tout à fait négligeable pour augmenter le taux de la rétention.

« La viande, dit l'auteur, sera présentée de préférence sous forme de grillades, de légumes qui pourront être quelconque, mais il vaut mieux les donner sous forme de purées : pommes de terre, pois, lentilles ou haricots ; le beurre riche en graisse, sera conservé pour leur préparation ; le dessert pourra être également varié ; on donnera surtout des fruits cuits et des pâtisseries. La question du pain ne sera plus compliquée : on peut, soit faire fabriquer par son boulanger du pain sans sel, ce qui est facile et ce pain ne contient alors que des quantités minimales de chlorure de sodium provenant de la farine, soit plus simplement se procurer le pain que M. Carrion a fait préparer plus spécialement pour cet usage et qui a d'ailleurs très bon goût. Comme liquide, le plus simple est de donner un litre d'eau par 24 heures que l'on pourra additionner d'une légère quantité de vin ; une tasse de café à la fin du repas sera de même autorisée. »

Pour apprécier les variations de l'œdème, M. Signoret emploie la méthode de pesée, qui est la meilleure d'après lui, sachant que la rétention de 5 à 6 grammes de chlorure répond à 1 litre, soit 1 kilogramme d'eau dans les tissus. Par crainte d'embolie, il conseille de se contenter de la mensuration comparée de deux membres, en des points répérés d'avance.

En établissant la courbe des chlorures dans l'urine, on trouve que l'élévation de la courbe correspond à la diminution des œdèmes. En général, dès que le régime déchloruré est institué, la courbe des chlorures dans

l'urine subit une ascension rapide, ce qui indique un bon état de perméabilité avec fonte rapide de l'œdème.

Ce régime déchloruré est, paraît-il, bien supporté, mais ne devra pas être continué, selon l'auteur, au delà de la disparition totale de l'œdème.

Mais les résultats obtenus dans la phlegmatia puerpérale par la déchloruration ne sont pas encore assez nombreux pour que l'on puisse les accepter sans conteste ; dans quelques cas, ces résultats ne sont cependant pas douteux et font espérer pour l'avenir une résolution plus rapide que par la simple immobilisation.

Et, en effet, dans une observation de M. Signoret ci-après citée, une malade atteinte d'une phlegmatia du douzième jour est en état de se lever le 9 juillet, soit vingt-six jours après. Chez elle, le régime déchloruré fut institué du 17 juin au 6 juillet, mais durant quarante jours, elle conserve deux litres de lait, soit quinze jours pleins de régime déchloruré absolu.

On peut voir d'abord que l'excrétion chlorurée qui était de 5 gr. 3 par 24 heures avec un régime ordinaire salé n'est plus que de 3 gr. 4 avec un régime déchloruré mixte, c'est-à-dire avec 4 grammes environ de NaCl ; c'est-à-dire que la rétention est restée à peu près la même. La mensuration nous indique pourtant déjà une diminution de 1 centimètre pour chaque segment de membre ; le poids de son côté a baissé de deux kilogrammes.

Voici maintenant le régime déchloruré institué le 21 juin ; dès le lendemain l'excrétion chlorurée varie entre 3 et 4 grammes, avec un maximum de 8 gr. 5 le 25 juin ; on a là, en somme, la vraie crise chlorurique

et on peut voir qu'avec cette crise chlorurique correspond une perte de poids de 240 grammes avec la veille ; la mensuration donne également une différence très nette. Les jours suivants, on ne trouve que très peu de chlorures dans l'urine et le poids baisse cependant, du 26 au 29 juin, de 600 grammes ; le 1^{er} juillet, il se produit une nouvelle et dernière excrétion moins forte, avec une baisse de poids de 200 grammes. Enfin, si on suit la courbe des chlorures jusqu'à la fin du régime, on remarque que celle-ci ne s'élève plus qu'avec la mise au régime ordinaire salé.

La courbe des poids n'est pas absolument en rapport avec le taux des chlorures excrétés ; on peut voir pourtant qu'en général chaque fois qu'il y a eu excrétion sensible de chlorures, il s'en est suivi une perte de poids ; on note aussi que le poids minimum correspond à la diminution notable de l'œdème.

Les aliments ingérés n'ont guère consisté qu'en grillades, côtelettes de viandes variées, avec légumes, toujours donnés sous forme de purées ; quand à leur quantité, on s'aperçoit que les écarts sont peu sensibles ; pour le pain, la proportion varie entre 250 et 290 grammes ; pour les aliments de 360 à 400 grammes ; de même pour les liquides, on peut voir que le maximum a été de 1,020 grammes et le minimum de 780 grammes, soit une différence de 240 grammes ; dans la pratique, il est permis de dire en somme que la malade a été soumise à un régime fixe aussi bien au point de vue de la quantité que de la qualité.

Il est encore à noter dans cette observation que si, en général, le taux de l'urée est en raison inverse de

celui des chlorures, il y a des jours où ce rapport n'existe pas : le 1^{er} juillet, par exemple pour 700 grammes d'urine correspond une excrétion chlorurée de 6 gr. 2 et une quantité d'urée de 16 gr. 8, alors que deux jours plus tard, pour une quantité d'urine à peu près semblable, soit 820 grammes, avec seulement 2 gr. 4 de chlorures, on a 14 gr. 8 d'urée.

En somme, nous pouvons conclure de l'observation de cette malade, chez laquelle la rétention chlorurée ne peut être mise en doute, que le régime déchloruré a agi avec assez d'efficacité et a certainement contribué à la guérison rapide de sa phlegmatia.

OBSERVATION DU D^r SIGNORET

M^{me} M..., 24 ans, domestique. Cette femme est accouchée en ville le 23 mai 1903, d'un enfant vivant, à terme ; il y a hémorragie de la délivrance qui continue à peine les jours suivants. Elle vient le 30 mai à la maternité de Saint-Antoine parce que la température est de 38°2, le pouls rapide : la face est très pâle et il existe un écoulement fétide. La femme est mise à la salle d'isolement ; on lui fait du sérum et un curettage qui ramène des cotylédons placentaires. Injection utérine iodée consécutive et tamponnement cervico-vaginal.

31 mai. — On retire le tamponnement qui est très fétide et on touche au naphthol camphré.

1^{er} juin. — Etat général meilleur ; pouls moins fugace, mais pâleur persistante. L'écoulement n'est plus fétide.

2 juin. — Température normale ; état général bon ; écoulement de moins en moins abondant.

3 et 4 juin. — Amélioration continue ; attouchement à l'eau oxygénée.

5, 6, 7 et 8 juin. — La malade continue à aller de mieux en mieux.

9 juin. — Elle sort de la salle d'isolement et est remise avec les autres accouchées.

10 et 11 juin. — La malade a des frissons répétés, puis douleur à la cuisse gauche au niveau de l'aîne.

Le 11 au soir. — Thermomètre 38°6 ; outre le point douloureux à l'aîne, il existe une vive douleur au niveau du mollet. Immobilisation dans une gouttière.

Le 12 juin. — Phlegmatia alba dolens typique du membre gauche. La peau est blanche, tendue, presque luisante, le membre est augmenté de volume dans toute son étendue, avec accentuation au niveau des malléoles ; œdème dur et douloureux.

13, 14 et 15 juin. — Même état ; la température s'élève tous les soirs et baisse le matin, descente en lysis. Les urines sont recueillies de minuit à minuit et celles du 13 juin sont analysées pour la première fois et donne comme résultat, les chlorures étant calculés d'après le volume même de l'urine.

V : 1,020^{cc} D : 1,010 NaCl : 5 gr. 3

La retention est donc très nette, puisque nous avons environ 5 grammes de chlorure en moins, la dose normale étant à 10 gr. 5 environ par 24 heures.

La malade est pesée après avoir été à la selle et défalcation faite de la chemise et du brancard, on a 55 kil. 300 grammes.

Enfin, la mensuration donne les résultats suivants, les points de repère étant marqués au nitrate d'argent.

	2 ^{me} au-dessus des malléoles	mi-jambe	mi-cuisse
Membre droit (sain). . . .	19 ^{cm} 5	28 ^{cm}	37 ^{cm}
Membre gauche (malade).	23 ^{cm}	38 ^{cm}	41 ^{cm} 5

16 juin. — La pesée et la mensuration faites dans les mêmes conditions donnent les mêmes résultats. L'analyse des urines donne :

V : 1,500^{cc} D : 1.010 NaCl : 5 gr. 9

17 juin. — La malade est mise au régime déchloruré à midi, mais on continue à donner 2 litres de lait (soit environ 4 grammes de chlorures). Après 24 heures de ce régime, on a :

V : 1,020^{cc} D : 1,013 NaCl : 3 gr. 4

Nous pouvons déduire de cette analyse qu'une partie des chlorures contenus dans le lait a été retenu.

Le poids (après défécation) : 55 kil. 300 grammes.

La mensuration donne les mêmes résultats que la veille avec cependant une diminution de 1^{cm} $\frac{1}{2}$ pour la moitié de la jambe.

Les jours suivants, les urines étant recueillies dans les mêmes conditions, le poids et la mensuration étant appréciés de même façon, on peut noter les résultats suivants (toujours avec 2 litres de lait par jour) :

	Urines		D	Poids	Mensuration		
	V	NaCl			à 2 ^{cm} des malléoles	mi-jambe	mi-cuisse
18 juin.	1,000 ^{cc}	4 gr.	1,013	54 ^k 800	22 ^{cm} 5	33 ^{cm}	41 ^{cm}
19 —	850 ^{cc}	5 gr.	1,015	53 ^k 650	21 ^{cm}	34 ^{cm}	40 ^{cm}
20 —	1,250 ^{cc}	3 gr.	1,005	53 ^k 650	21 ^{cm}	34 ^{cm}	40 ^{cm}

Une petite quantité de NaCl a donc été éliminée le 19 juin en surplus des chlorures contenus dans le lait ; cette petite élimination correspond à une perte de poids de 1 kil. 150 et à une diminution dans la mensuration d'un centimètre pour chaque segment de membre.

22 juin. — Le lait est remplacé par de l'eau qu'on additionne d'une légère quantité de vin. On institue donc le régime déchloruré absolu. On note alors :

V = 1,200 ; D = 1,008 ; NaCl = 4,4 ; Poids = 53 k. 630. Mensuration : à 2^{cm} des malléoles, 21^{cm} ; à mi-jambe 33^{cm}5 à mi-cuisse 40^{cm}.

	Urines		NaCl	Poids	Mensuration		
	V	D			à 2 ^m des malléoles	mi- jambe	mi- cuisse
22 juin.	1,100 ^{cm}	1,010	3 gr. 5	53 ^k 620	20 ^{cm}	32 ^{cm}	39 ^{cm}
23 —	1,300 ^{cm}	1,010	3 gr. 7	53 ^k 650	20 ^{cm}	32 ^{cm}	39 ^{cm}
24 —	1,500 ^{cm}	1,009	4 gr. 2	53 ^k 650	20 ^{cm}	33 ^{cm}	40 ^{cm}
25 —	1,500 ^{cm}	1,010	8 gr. 5	53 ^k 410	19 ^{cm} 5	32 ^{cm}	39 ^{cm}

26 juin. Nous notons en plus l'urée et la quantité d'aliments ingérés, la pesée étant faite après la cuisson.

Régime	Urines			Urée	Poids	Mensuration		
	V	D	NaCl			à 2 ^e	des mi-	mi-
26 juin. Café. . . 360g								
Aliments . 400g								
Pain . . 290g								
Eau et vin. 1 lit. 1,220 ^{cc}	1,013	3g54	10g	à 20°	53k400	20 ^{cm}	32 ^{cm}	38 ^{cm}
27 juin. Café. . . 400g								
Aliments . 340g								
Pain . . 220g								
Eau et vin. 1 lit. 1,010 ^{cc}	1,014	4g3	10g2	à 22°	53k400	20 ^{cm}	31 ^{cm}	38 ^{cm}
28 juin. Café. . . 360g								
Aliments . 370g								
Pain . . 260g								
Eau et vin. 950g 1,100 ^{cc}	1,013	3g4	12g5	à 24°	53k300	20 ^{cm}	31 ^{cm}	38 ^{cm}
29 juin. Café. . . 400g								
Aliments . 350g								
Pain . . 270g								
Eau et vin. 960g								
Biscuits . 40g 1,010 ^{cc}	1,015	2g8	18g	à 24°	52k700	20 ^{cm}	28 ^{cm}	37 ^{cm} 5
30 juin. Café. . . 420g								
Pain. . . 180g								
Aliments . 260g								
Eau et vin. 820g								
Pain d'épic. 60g 580 ^{cc}	1022	3g6	22g1	à 24°	52k200	20 ^{cm}	28 ^{cm}	37 ^{cm} 5
1 ^{er} juil. Café. . . 420g								
Aliments . 350g								
Pain d'épic. 90g								
Pain. . . 180g								
Eau et vin. 780g 700 ^{cc}	1,015	5g2	16g8	à 23°	52k	20 ^{cm}	28 ^{cm}	37 ^{cm}
2 juill. Café. . . 780g								
Aliments . 380g								
Todd . . 380g								
Pain. . . 120g								
Eau et vin. 200g 820 ^{cc}	1,015	2g4	14g8	à 23°	52k4	20 ^{cm}	28 ^{cm}	37 ^{cm}

Régime	Urines			Urée	Poids	Mensuration		
	V	D	NaCl			à 2 ^{es}	des mi-	mi-
						malléoles	jambe	cuisse
3 juill. Café. . .	370g							
Aliments .	410g							
Pain . .	240g							
Eau et vin. 1,020g	860 ^{cc}	1,015	3g7	14g7 à 23°	52k2	20cm	28cm	37cm
4 juill. Café. . .	330g							
Aliments .	400g							
Pain . .	290g							
Biscuits .	35g							
Eau et vin. 1,020g	830 ^{cc}	1,018	2g5	17g à 25°	52k6	20cm	28cm	37cm
5 juill. Café. . .	290g							
Aliments .	350g							
Pain . .	240g							
Pet. beur. .	20g							
Eau et vin. 980g	1,000 ^{cc}	1,017	2g5	12g à 23°	52k4	20cm	28cm	37cm
6 juill. Café. . .	280g							
Aliments .	340g							
Pain . .	245g							
Biscuits .	35g							
Eau et vin. 840g	720 ^{cc}	1013	1g9	15g6 à 24°	52k	19cm5	28cm	37cm

A cette date, les dimensions du membre malade étant identiques à celles de la jambe saine, et l'élimination des chlorures était très basse, le régime déchloruré est remplacé par le régime ordinaire salé ; le lendemain, nous ne trouvons encore que 2 gr. 4 de chlorure dans l'urine, mais le surlendemain leur taux remonte à 10 gr. 5 par litre ; la mensuration faite de nouveau les jours suivants montre que les dimensions de la jambe, des malléoles et de la cuisse restent les mêmes ; le poids oscille entre 52 kil. 4 et 52 kil. 6.

Une question délicate dans la pratique est celle du lever des accouchées ayant eu une phlegmatia alba dolens. Si rapide que soit l'amélioration ou la guérison,

il faut comme le recommande M. le professeur Pinard, ne jamais permettre à la malade de se lever avant le 30^e jour, qui suit la dernière élévation de température, car l'embolie est à redouter tant que le caillot qui obstrue la veine n'est pas complètement résorbé.

D'après M. Delport, on fera garder le repos horizontal au lit aussi longtemps qu'il y aura élancement le long de la veine enflammée, ou mieux jusqu'à ce que l'œdème ait à peu près totalement disparu.

Mais il est difficile d'indiquer avec exactitude le moment où l'on pourra permettre à la malade de se lever, sans crainte de voir survenir les accidents de l'embolie ; cela dépend du calibre du vaisseau obstrué. Le travail d'organisation ne marche point avec la même vitesse sur tous les points de la paroi, qui est le siège de l'oblitération et la résorption complète du caillot d'autre part, peut varier du quinzième jour à plusieurs mois. Joulien dit, qu'on a jamais observé d'accidents après le trentième jour. Mais de Brun conseille deux mois entiers de repos au lit ; il croit que si quarante jours peuvent suffire à la transformation d'un caillot, il est à craindre qu'il ne s'en produise d'autres pendant ce temps, qui, eux aussi, réclament le même temps pour se consolider.

Les auteurs sont d'accord pour reconnaître que les accouchées chez lesquelles le caillot se trouve en général dans la veine fémorale, doivent attendre au moins trente jours avant de recommencer à se lever, puisque à partir de ce moment on n'a pas observé la migration du caillot. Cependant il faut considérer cette limite comme un délai minimum que l'on ne doit pas

hésiter à dépasser. En effet, le professeur Damaschino a montré qu'au bout de vingt jours, l'organisation du caillot était assez solide pour qu'il n'y ait plus d'embolie à craindre, au moins d'embolie massive pouvant déterminer des accidents rapidement mortels. Mais à cette époque, il a toujours trouvé, que la partie centrale du caillot est molle et faiblement organisée, et par conséquent, il conseille par prudence de maintenir dans l'immobilité, pendant six semaines les membres qui sont le siège de coagulations veineuses.

La phlébite est considérée à juste titre comme une affection grave, non pas tant à cause de l'embolie, complication heureusement rare, mais à cause de l'impotence prolongée qui en résulte, impotence dont la durée varie de quelques semaines à quelques mois, et même deux ou trois années.

« A regarder de près, dit M. Marchais, l'impotence fonctionnelle n'est plus le résultat direct d'une phlébite qui n'est plus en évolution ; elle tient à des troubles de circulation, à des lésions articulaires et surtout péri-articulaires, à des dégénérescences musculaires. »

En se basant sur les observations de Vaquez et Dagron qui, ayant mobilisé en temps utile les membres atteints de phlébite, ont empêchés ces explications fâcheuses de se produire, M. Marchais croit que ces lésions secondaires sont dues à l'immobilisation prolongée seulement, ou bien à des lésions nerveuses préexistant auxquelles l'immobilisation prolongée permet de se développer au maximum.

Le massage et la mobilisation étant le seul traitement

à ces complications, on doit les pratiquer dès que cela est permis.

M. Hannequin prétend qu'il faut commencer la mobilisation et l'effleurage après le vingt-et-unième jour qui suit la chute de la température et d'après M. Marchais, il faut le pratiquer dès le douzième jour de la période apyrétique.

Ce dernier auteur croit qu'au début la mobilisation a plus d'importance que le massage et elle doit s'adresser aux articulations des orteils, du pied et à l'articulation tibio-tarsienne. Pendant les quatre premiers jours, les mouvements ne doivent être que passifs, actifs ensuite, mais toujours doux, légers, gradués, méthodiques et limités par la douleur.

Voici comment M. Marchais conseille de continuer le traitement : pendant la première semaine on doit se contenter de ce que nous avons dit plus haut. Dès le début de la deuxième semaine, on ajoutera des mouvements du genou et le massage, qui doit consister exclusivement en un effleurage très léger. Il est inutile, d'après l'auteur de faire du pétrissage énergique ; on doit se contenter d'un effleurage soutenu en ayant bien soin de respecter les veines ; il faut par conséquent éviter de manipuler la région de la saphène externe, l'interstice des jumeaux, le creux poplité, le canal de Hunter et le triangle de Scarpa. Enfin, après quinze jours, on fera exécuter des mouvements de la hanche. La malade pourra s'asseoir dans son lit ou se lever, et vers le vingtième jour elle pourra faire quelques pas.

M. Marchais recommande aux malades de s'appuyer aux bras d'un aide plutôt que d'avoir recours à des

béquilles ou à des cannes, qui favorisent des attitudes vicieuses. Il trouve aussi inutile et même nuisible de comprimer la jambe dans un bas élastique ou avec des bandes, pensant qu'il vaut mieux laisser aux muscles toute leur liberté d'action, car avec un jeu musculaire normal, la circulation se rétablit plus vite.

D'après M. Hannequin, les dernières traces d'œdème ne disparaîtraient complètement que lorsque la cure thermale de Bagnoles-de-l'Orne, associée à un exercice mesuré, méthodique et graduel, aura rendu au malade la vitalité amoindrie de ses tissus et l'usage complet de ses jambes. Selon lui, le moment le plus favorable pour commencer cette cure thermale est le début de la vraie convalescence, c'est-à-dire le trente-cinquième ou quarante-cinquième jour de la période apyrétique. Mais quand la phlébite a procédé par poussées multiples, atteignant les différents segments de la veine primitivement enflammée, les veines du tronc et des membres supérieurs, M. Hannequin conseille alors d'attendre que soixante jours pleins se soient écoulés depuis la dernière élévation thermique de la dernière poussée.

Telle est la conduite à tenir dans la *phlegmatia alba dolens* classique. C'est à quelque différence près, celle qui est adoptée et conseillée par presque tous les auteurs qui ont étudié spécialement cette affection.

CONCLUSIONS

D'après l'étude et les considérations exposées dans les chapitres précédents, nous basant sur les faits physiologiques et anatomo-pathologiques, nous avons été conduits pour établir un traitement préventif et curatif de la *phlegmatia alba dolens puerpérale*, aux conclusions suivantes :

1° Toutes les précautions antiseptiques locales devront être soigneusement observées avant, pendant et après l'accouchement.

2° Après l'accouchement normal, les femmes devront conserver le lit et continuer les soins d'antisepsie locale pendant une durée d'environ vingt jours, et dans les suites de couches pathologiques, cette durée devra être également observée à partir du jour de la disparition complète de l'accident survenu ou de ses conséquences,

3° Pour faciliter la circulation veineuse, on obtiendra de bons résultats en plaçant les membres en plan incliné pendant dix jours à partir du quatrième jour

après l'accouchement et, à cet effet, on relevra le pied à vingt centimètres du plan du lit.

4° Si la femme est atteinte de varices il faut combiner les indications précédentes avec les frictions alcoolisées pratiquées matin et soir.

Pour prévenir les varices d'origine gravidique, on fera porter aux femmes dès le quatrième mois de leur grossesse, des bas élastiques.

5° On prendra soin de vider l'utérus après la délivrance de tout son contenu (sang, caillots, débris de membranes) à l'aide d'un écouvillonnage et on hâtera son involution avec des injections vaginales chaudes et l'ergotine.

6° Les injections intra-utérines d'eau bouillie, de sublimé ou de n'importe quel agent antiseptique devront être abandonnées, sauf la solution iodo-iodurée (I. 3 gr. K. I., 6 gr. pour 1 000 gr. d'eau) dans les cas où il est absolument indispensable de désinfecter la cavité utérine.

7° Il faut diagnostiquer le plus tôt possible la phlegmatia pour prévenir l'oblitération des veines, et traiter dès ce moment par l'immobilisation du membre légèrement élevé, par une faible révulsion, par des applications chaudes et par l'opothérapie.

8° Si la phlegmatia est nettement déclarée, envelopper le membre atteint avec des compresses de tarlatane trempées dans une solution saturée de chlorydrate d'ammoniaque et recouvertes de taffetas gommé, l'immobiliser dans la position horizontale, en le plaçant dans une gouttière bien garnie d'une couche d'ouate et reposant sur un coussin de balle d'avoine.

9° Il faut saupoudrer le membre avec la poudre d'amidon, lorsque l'application prolongée des compresses résolitives (qu'il ne faut plus continuer) font apparaître un érythème accompagné d'une éruption des vésicules.

10° Il faut atténuer les douleurs par les liniments calmants, les onctions avec la pommade belladonnée, etc., et en cas de douleurs intenses, employer les injections sous-cutanées de morphine.

11° Dans les phlegmatia rebelles au traitement que nous proposons, ou dans les cas où elle fait partie d'une septicémie plus étendue avec tendance à la généralisation totale, on pourra avoir recours au sérum de Mar-morek.

12° Instituer la cure de déchloruration.

13° Interdiction à la malade atteinte de phlegmatia de se lever avant le trentième jour qui suit la dernière élévation de la température.

14° En cas d'impotence fonctionnelle prolongée, due à la phlegmatia, il faut pratiquer dès le vingtième jour qui suit la chute de la température une mobilisation et l'effleurage et vers le trente-cinquième ou quarante-cinquième jour de la période apyrétique, envoyer la convalescente à Bagnoles-de-l'Orne.

Vu :

Nancy, le 3 Décembre 1911.

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

L. HOCHÉ.

Vu :

Nancy, le 4 Décembre 1911.

LE DOYEN,

GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :

Nancy, le 5 Décembre 1911.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

CH. ADAM,

Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOTTINI. — De phlegmasia alba dolenti. Patavii, 1832.
- BROISSARD. — Des phlébites puerpérales, etc. *Semaine médicale*, 1901.
- BROWN. — Rubber bandage in phlegmasia dolens. *J. Mat., M., New-Lebanon*. N.-Y., XXII.
- CHARRIN. — Les défenses naturelles de l'organisme, Paris, 1898.
- CLARCK. — Treatment of phlegmasia dolens with opium. *Met.-Rec.*, N.-Y. 1870-1871.
- CLOZIER. — Plegmatia alba dolens traitée et guérie après ou par l'emploi du sérum de Marmorek en injection sous-cutanée. Cong. inter. de méd. C. R. Paris, 1900.
- COPEMAN. — Cases of phlegmasia dolens treated by turpentine. *Méd. Times et Gaz.* Lond., 1872, ii.
- CRIGHTON. — Sulfate of iron as a local application in phlegmasia dolens. *Brit. M. J.* Lond., 1871, II.
- CRUWEILHIER. — Dict. de méd. et chir. prat. art. Phlébite.
- DAMASCHINO. — Recherches sur les altérations anatomiques de la phlegmatia. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1880, t. XVIII.
- DE LATOUR. — Phlegmatia alba dolens combattue et promptement

- ment subjuguée par une couche de collodion. *Union médicale*, 1861, IX.
- FRENKEL. — De la forme tardive de la phlegmatia alba dolens. Paris, 1903.
- HAGAPOFF. — Moyens préventifs contre la phlegmatia alba dolens. C. R. Congrès internat. de méd. Paris, 1900.
- HANNEQUIN. — Conduite à tenir dans la phlébite. *Presse médicale*, 1903.
- HEUCHEL. — Essai sur l'engorgement des membres abdominaux chez les femmes en couches. Strasbourg, 1824.
- HÖRING. — Acusserliche Anwendung des Jod-Kalium bei phlegmatia alba dolens. *Jahrb. f. prakt.*, 1843.
- HOVNANIAN. — Potassium nitrate in the treatment of phlegmasia alba dolens. *Med. News*. Phila, 1894, XV.
- HULL. — An essay of phlegmasia alba. Manchester 1800. Treat. of the diseases of arteries.
- JOHN. — Ueber du phlegmasia alba dolens puerperalis. Berlin, 1897.
- JOUANNET. — Contribution au traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale. Paris, 1899.
- KEIM. — Pathogénie de la phlegmatia alba dolens puerpérale. *Presse médicale*, 1907, p. 449.
- KOCHMANN. — Massage erfolgreich bei phlegmasia alba dolens. *Allg. med. centr. ztg.* Berlin, 1883, I III.
- LEBLOND. — La phlegmatia alba dolens d'origine puerpérale. *Gaz. des hôp.* Paris, 1890, I XIII.
- LIEHRMANN. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale. Paris, 1892.
- LE GAL. — Essai sur la phlegmatie alba dolens des femmes en couches. Paris, 1883.
- LIPPERA et PIANFORINI. — Phlegmasia alba dolens ; osservazioni e terapeutiche. Tano, 1893.
- MARCHAIS. — Du massage et de la mobilisation dans les phlébites. *Presse médicale*, 1902.

- PINARD. — De la phlegmatia alba dolens des suites de couches. *Bull. méd.* Paris, 1899, XIII.
- POWERS. — Tobacco in the treatment of phlegmasia alba dolens. *Méd. Brief.* Saint-Louis, 1879, VII.
- RAIGE-DELORME. — Dict. de méd. en 30 vol. Art. Phlegmatia, 1841.
- RAYER. — Op. cit., p. 265.
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- RICHARDIÈRE. — Phlegmatia alba dolens puerpérale et érisipèle. *Semaine médicale*, 1892, XII.
- ROSENBERG. — Beitrag zur Feststellung des Heilverfahrens bei der phlegmasia alba dolens puerperarum. *Allg. méd. Ann.* Leipzig, 1822.
- ROSENTHAL. — Quelques considérations sur la phlegmatia alba dolens puerpérale et son traitement. Paris, 1892.
- SIGNORET. — De la déchloruration dans la phlegmatia alba dolens d'origine puerpérale. Paris, 1905.
- SMECH. — Mémoire sur la phlegmatia alba dolens. Couronné par la Société de médecine de Bordeaux, 1836.
- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, 1901.
- TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. III.
- TROUSSEAU et DUMONPALLIER. *Union médicale*. 1860-1862.
- VAQUEZ. — Clinique médicale de la Charité. Paris, 1894.
- VELPEAU. — Recherches et observations sur la phlegmatia alba dolens. *Arch. gén. de méd.*, 1824.
- WOOD. — Nitrat of silver used in the treatment of phlegmasia dolens. *West. Lancet*. Cincin., 1853, XIV.
- WIDAL. — Thèse de Paris, 1889.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	5
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Historique	11
CHAPITRE II. — Prophylaxie	15
CHAPITRE III. — Traitement	31
CONCLUSIONS.	63
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	67
